

Année 1940

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(Mention Médecine)

PAR

Eliea GURFINC

Né le 18 janvier 1914 à Kichinev (Roumanie)

---

CONSIDÉRATIONS SUR UN CAS  
DE PNEUMONIE CASÉEUSE  
DU LOBE MOYEN

---

*Président :* M. TROISIER, *professeur*

---

BORDEAUX  
IMPRIMERIE BIÈRE

18, 20, 22, rue du Peugue

---

1940







Digitized by the Internet Archive  
in 2026

[https://archive.org/details/IA41552813\\_0030](https://archive.org/details/IA41552813_0030)

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

---

Année 1940

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(Mention Médecine)

PAR

Eliea GURFINC

Né le 18 janvier 1914 à Kichinew (Roumanie)

---

CONSIDÉRATIONS SUR UN CAS  
DE PNEUMONIE CASÉEUSE  
DU LOBE MOYEN

---

*Président : M. TROISIER, professeur*

---

BORDEAUX  
IMPRIMERIE BIÈRE

18, 20, 22, rue du Peugue

---

1940

I. — PROFESSEURS.

MM.

ROUVIÈRE.  
Léon BINET.  
STROHL.  
POLONOWSKI.  
Robert DEBRÉ.  
BRUMPT.  
BAUDOIN.  
PASTEUR VALÉRY RADOT.  
MONDOR.  
LEROUX.  
CHAMPY.  
TIFFENEAU.  
AUBERTIN.  
TANON.  
BALTHAZARD.  
LEVY-VALENSI.  
HENRI BENARD.  
CHIRAY.

ABRAMI.  
FIESSINGER.  
RATHERY.

LEREBoullet.  
NOBÉCOURT.  
LAIGNEL-LAVASTINE.  
GOUGEROT.  
GUILLAIN.  
LEMIERRE.

CUNÉO.  
GOSSET.  
GRÉGOIRE.  
LENORMANT.  
VELTER.  
CHEVASSU.

LÉVY-SOLAL.  
COUVELAIRE.  
JEANNIN.

MOCQUOT.  
OMBRÉDANNE.  
HARVIER.  
LEMAITRE.  
Pierre DUVAL.  
Maurice VILLARET.

TROISIER.  
MATHIEU.

VINCENT  
LAUBRY.

N...

HAZARD  
MULON.  
OLIVIER.  
SANNIÉ  
VERNE.

Anatomie .....  
Physiologie .....  
Physique médicale .....  
Chimie médicale .....  
Bactériologie .....  
Parasitologie et histoire naturelle médicale .....  
Pathologie médicale et générale .....  
Pathologie médicale .....  
Pathologie chirurgicale.....  
Anatomie pathologique .....  
Histologie .....  
Pharmacologie et matière médicale.....  
Thérapeutique .....  
Hygiène et médecine préventive .....  
Médecine légale.....  
Histoire de la médecine et de la chirurgie .....  
Pathologie expérimentale et comparée .....  
Hydrologie thérapeutique et climatologie .....

Clinique médicale .....



Hygiène et clinique de la première enfance .....  
Clinique des maladies des enfants .....  
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale ..  
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques .....  
Clinique des maladies du système nerveux .....  
Clinique des maladies infectieuses .....

Clinique chirurgicale .....

Clinique ophtalmologique .....

Clinique urologique .....

Clinique d'accouchements .....

Clinique gynécologique.....

Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....

Clinique thérapeutique médicale .....

Clinique oto-rhino-laryngologique .....

Clinique thérapeutique chirurgicale .....

Clinique propédeutique .....

Clinique de la Tuberculose .....

Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte.....

Clinique de neuro-chirurgie .....

Clinique cardiologique .....

Clinique d'assistance médico-sociale .....

Professeurs sans chaire.....

## II. — AGREGES EN EXERCICE

### MM.

AMELINE ..... Pathologie chirurgicale.  
 BARIÉTY..... Pathologie médicale.  
 BERNARD (Etienne). Pathologie médicale.  
 BESANÇON (Justin). Hydrologie.  
 BONNET..... Bactériologie.  
 BOULANGER.. Chimie.  
 BOULIN ..... Pathologie médicale.  
 BROUET..... Pathologie médicale.  
 BULLIARD.... Histologie.  
 CACHERA..... Pathologie médicale.  
 CORDIER..... Anatomie.  
 COSTE ..... Pathologie médicale.  
 COUVELAIRE. Urologie.  
 DOGNON ..... Physique.  
 FEVRE ..... Pathol. Chirurgicale.  
 FUNCK ..... Pathologie chirurgicale.  
 GALLIARD .... Parasitologie.  
 GARCIN..... Pathol. médicale.  
 DE GAUDART D'ALLAINES. Pathologie chirurgicale.  
 GAYET ..... Physiologie.  
 DE GENNES ... Pathologie médicale.  
 GIROUD..... Histologie.  
 HAGUENAU .. Pathologie médicale.  
 HAPHEN .... Oto-rhino-laryngologie.  
 HUGUENIN ... Anatomie pathologique.  
 JOANNON ..... Hygiène.  
 LACOMME..... Obstétrique.

### MM.

LANTUÉJOUL. Obstétrique.  
 LAROCHE (Guy). Pathologie médicale.  
 LAVIER ..... Parasitologie.  
 LELONG ..... Pathologie médicale.  
 LEMAIRE .... Pathologie expérimentale.  
 LEVEUF ..... Pathologie chirurgicale.  
 Mlle J. LÉVY .. Pharmacologie.  
 LÉVY-VALENSI. Neurologie et Psychiatrie.  
 MÉNÉGAUX .. Pathologie chirurgicale  
 MOLLARET .. Pathologie médicale.  
 MOREAU .... Pathologie médicale.  
 MOULONGUET. Pathologie chirurgicale.  
 MOUQUIN .... Pathologie médicale.  
 PETIT-DUTAILLIS. Pathologie chirurgicale.  
 PIÉDELIEVRE Médecine légale.  
 PORTES ..... Obstétrique.  
 RENARD ..... Ophtalmologie.  
 RICHET ..... Physiologie.  
 SÉNÈQUE .... Pathologie chirurgicale.  
 TURPIN ..... Pathologie médicale.  
 VIGNES ..... Obstétrique.  
 WILMOTH ... Pathologie chirurgicale.

## III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

pour le service des examens.

### MM.

ALGLAVE ..... Pathologie chirurgicale.  
 BUSQUET..... Pharmacologie.  
 CHAILLEY-BERT. Physiologie.  
 GUENIOT..... Obstétrique.  
 HEITZ-BOYER. Pathologie chirurgicale.

### MM.

LARDENNOIS. Pathologie chirurgicale.  
 LE LORIER... Obstétrique.  
 NEVEU-LEMAIRE. Parantologie  
 VAUDESCAL.. Obstétrique.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE  
à titre permanent

| MM.              |                    | MM.                  |                       |
|------------------|--------------------|----------------------|-----------------------|
| ALAJOUANINE..    | Clinique médicale. | BASSET .....         | Clinique chirurgicale |
| BRULÉ .....      |                    | BROCQ .....          |                       |
| CHABROL .....    |                    | CADENAT.....         |                       |
| DONZELOT .....   |                    | de GAUDARD d'ALLAINE |                       |
| HUGUENIN .....   |                    | GATELLIER ..         |                       |
| LAROCHE (Guy) .. |                    | MOURE .....          |                       |
| SÉZARY.....      |                    | QUENU .....          |                       |
| GASTINEL.....    |                    |                      |                       |
| DUVOIR .....     |                    |                      |                       |

| MM.          |                        |
|--------------|------------------------|
| ECALLE.....  | Clinique obstétricale. |
| METZGER..... |                        |
| PORTES ..... |                        |
| VIGNES ..... |                        |

V. — CHARGES DE COURS.

| MM.                         |                      |
|-----------------------------|----------------------|
| CHAILLEY-BERT, agrégé ..... | Education physique.  |
| LEDOUX-LEBARD.....          | Radiologie clinique. |
| RUPPE.....                  | Stomatologie.        |
| WEIL-HALLÉ .....            | Puériculture.        |

---

*Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.*

A MES PARENTS

*En témoignage de ma  
profonde affection.*

---

A TOUS LES MIENS

---

A MONSIEUR LE PROFESSEUR FERNAND BEZANÇON

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE  
PROFESSEUR DE LA CLINIQUE DE LA TUBERCULOSE  
A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

*Qui nous a suggéré  
l'idée de la présente  
thèse, notre affectueuse  
reconnaissance.*

---

A MONSIEUR LE PROFESSEUR TROISIER

PROFESSEUR DE LA CLINIQUE DE LA TUBERCULOSE  
A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS  
MÉDECIN DES HOPITAUX DE PARIS

*Qui nous a fait le très  
grand honneur d'accep-  
ter la présidence de cette  
thèse.*

---



## INTRODUCTION

---

La localisation prédominante au niveau d'un lobe de la tuberculose pulmonaire est un fait bien connu à l'heure actuelle.

L'emploi systématique de la radioscopie, de la radiographie, les examens bactériologiques répétés avec insistance, compléments absolument indispensables de tout examen en phthisiologie, ont grandement contribué à cette connaissance.

Nous nous proposons dans cet opuscule d'apporter notre modeste part à ces acquisitions. Nous nous sommes arrêté devant une observation, qui nous a paru très instructive, vu la rareté de son cas. En effet, il s'agit d'une pneumonie caséreuse mortelle, parfaitement localisée au lobe moyen, qui est pris en totalité et d'une manière massive. Nous avons été frappé par la parfaite limitation lobaire de la lésion caséreuse, laissant intacte la plèvre interlobaire. Le reste du poumon droit et le poumon gauche sont épargnés par la caséification.

---

## DEFINITION

---

La pneumonie caséuse est cette forme de tuberculose aiguë, engendrée par l'infection massive, d'origine aérienne, à l'aide d'un bacille particulièrement virulent, qui provoque en une zone déterminée du parenchyme, des réactions pneumoniques lobaires massives à tendance nécrosante (Sergent). Elle a été reproduite expérimentalement par Auc'air sur le lapin par injection intratrachéale d'un extrait étheré de corps de bacilles humains.

---

## SUR LA STRUCTURE DU POUMON

---

Le poumon, dit Policard, est un système de conduits bronchiques dont la partie terminale est adaptée à l'hématose. L'unité anatomique et fonctionnelle du poumon est l'alvéole. L'anatomie comparée nous le renseigne. On en a une preuve lorsqu'on étudie la pathologie de l'organe, en particulier les processus infectieux qui débute presque tous dans un point limité qui est précisément un alvéole, puis ils gagnent progressivement les acini voisins, les lobules, les lobes, tout le poumon. L'étude des foyers initiaux de la tuberculose le démontre amplement.

Un poumon normal comprend :

1) *Un système de circulation aérienne*, composé des bronches souches, bronches secondaires, bronches interlobulaires et lobulaires; ces dernières continuent à se diviser au sein du lobule jusqu'à un cul-de-sac qui porte le nom d'alvéole.

2) *Un système de circulation sanguine fonctionnelle*. Ce système comprend :

a) Les branches de division de l'artère pulmonaire qui se ramifient exactement comme les bronches, et se placent classiquement immédiatement en avant des conduits aériens.

Hovelacque, Olivier, Monod et Evrard ont insisté récemment sur quelques faits intéressants : tout d'abord il existe pour le lobe supérieur droit une artère rétrobronchique ascendante qui se superpose à l'artère principale prébronchique. En second lieu, l'artère pulmonaire droite de chaque lobe ne se place jamais sur un plan postérieur à celui de la bronche qu'elle accompagne. Troisièmement, et ceci nous intéresse tout particulièrement, au lieu d'avoir un tronc artériel propre, le lobe moyen est généralement irrigué par deux ou trois artères qui naissent d'un tronc commun au lobe inférieur.

b) Les veines naissent des capillaires à la périphérie des lobules; au sommet de ce massif glandulaire elles rejoignent le bronche et l'artère, puis elles s'unissent à des veines voisines pour constituer les racines de la veine pulmonaire.

3) *Un système de circulation sanguine nourricière*, qui comprend :

a) Les artères bronchiques. Contrairement à l'opinion classique, il n'existe aucune anastomose entre le système circulatoire fonctionnel et celui nourricier; leurs territoires capillaires communiquent seuls entre eux aux confins broncho-alvéolaires.

b) Les veines bronchiques très courtes.

4) *Un système de circulation lymphatique*. Il existe autour des lobules des lacunes remplies de lymphes et sans limites précises. A la périphérie du poumon ces flasques lymphatiques communiquent avec un semblable réseau destiné à la plèvre. Le système se canalise peu à peu, et

forme de petits vaisseaux qui accompagnent les artères, les veines et les bronches, puis les vaisseaux lymphatiques grossissent et aboutissent à des troncs collecteurs. D'après Rouvière, on doit distinguer trois territoires principaux par poumon. Ainsi pour le poumon droit qui nous intéresse le plus spécialement, il existe :

Un territoire supérieur, représenté par la région antéro-interne du lobe supérieur. Ces lymphatiques sont uniquement tributaires des ganglions latéro-trachéaux droits, en particulier du ganglion de l'azygos.

Le territoire inférieur est formé par la région la plus basse du lobe inférieur, dont la lymphe s'écoule entièrement dans les ganglions de la bifurcation. Le territoire moyen qui comprend la région postérieure du lobe supérieur, le lobe moyen et la région supérieure du lobe inférieur, est tributaire à la fois des ganglions latéro-trachéaux droits et des ganglions intertrachéo-bronchiques.

Pour le poumon gauche, le territoire supérieur est constitué par la région supérieure du sommet, dont les lymphatiques sont en connexion avec la chaîne latéro-trachéale gauche, avec le ganglion du canal latéral, la chaîne médiastinale antérieure gauche, enfin le ganglion de l'anse du récurrent. Le territoire inférieur, représenté par la partie la plus basse du lobe inférieur, envoie ses lymphatiques aux ganglions de la bifurcation. Le territoire moyen, qui comprend la région inférieure du lobe supérieur ainsi que les régions supérieure et moyenne du lobe inférieur, adresse ses vaisseaux aux chaînes médiastinales antérieure et latéro-trachéale gauche, ainsi qu'aux ganglions de la bifurcation.

5) *Un système nerveux* qui comprend des fibres motrices destinées aux muscles bronchiques et venant du pneumogastrique, et des fibres d'origine sympathique, inhibitrices du tonus musculaire et antagonistes des précédentes. On ne sait pas encore de façon certaine s'il existe des filets vaso-moteurs. Les travaux récents de Takino et de Yoshaki Ezaki (Tokio 1934) semblent pourtant le démontrer, en ce qui concerne tout au moins les vaisseaux principaux.

6) *Les scissures.* Le poumon est divisé en plusieurs segments ou lobes par des scissures interlobaires qui s'enfoncent jusqu'au voisinage du hile. A droite la scissure oblique commence en haut et en arrière au niveau de l'extrémité vertébrale de la troisième ou de la cinquième côte. De là, elle se porte obliquement en bas et en avant et vient se terminer dans le cinquième espace intercostal, ou à la face interne de la sixième côte, à cinq ou dix centimètres de la ligne médiane. Au niveau de la ligne axillaire, elle est en rapport avec la sixième côte. La scissure horizontale se sépare de la précédente au niveau du quatrième espace intercostal, dans la partie de cet espace qui est recouverte par l'omoplate. De là, elle se porte en avant, croise très obliquement la face interne de la quatrième côte, et vient se terminer, à la partie postérieure du sternum, en regard du troisième espace intercostal. Au gauche la scissure unique se porte très obliquement de haut en bas et d'arrière en avant. Elle débute dans la région de l'extrémité vertébrale de la quatrième côte ou du troisième espace intercostal. Son extrémité inférieure répond à la face interne de la sixième côte, au

niveau du point où cette côte se continue avec son cartilage. Il résulte de ces dispositions que le poumon droit projette en partie ses trois lobes dans la région externe. Le lobe supérieur se trouve au-dessus du point où la ligne axillaire croise la quatrième côte; le lobe moyen en forme de triangle à pointe supéro-postérieure, se place immédiatement en avant; le lobe inférieur se situe au-dessous. A gauche également, la quatrième côte, au niveau de la ligne axillaire, peut être utilisée comme point de repère; ce qui est au-dessus et en avant d'elle appartient au lobe supérieur; ce qui est au-dessous et en arrière, au lobe inférieur.

Les poumons sont enveloppée par la plèvre. Cette séreuse forme autour de chacun d'eux un sac qui l'entoure de toutes parts. Le sac pleural s'insinue entre les lobes jusqu'au fond des scissures où il forme les plèvres interlobaires.

(Mollard, Kipfer et Genthon. Encyclopédie médico-chirurgicale.)

---

## HISTORIQUE

---

Laënnec avait déjà observé deux types de lésions tuberculeuses : 1° des lésions circonscrites, se présentant sous plusieurs aspects, la granulation tuberculeuse, le tubercule miliaire, le tubercule jaune cru; 2° l'infiltration diffuse, étant grise, jaune ou gélatiniforme.

Si, au point de vue de la pathologie générale le follicule tuberculeux peut être considéré comme la lésion élémentaire typique caractérisant le mode de réaction le plus habituel et le plus parfait de l'organisme vis-à-vis du bacille ayant pénétré dans le tissu conjonctivo-vasculaire, il s'en faut que ce mode de réaction soit le seul. Virchow, à l'occasion de ses recherches sur la pneumonie caséuse, a montré que la lésion, très comparable à celle de la pneumonie franche, est d'abord une alvéolite fibrineuse qui se caséifiera en masse secondairement. Dans ces cas, le follicule tuberculeux est rare ou fait complètement défaut. Néanmoins, cette infiltration pneumonique est de nature tuberculeuse : on y trouve, en principe, des bacilles de Koch et comme l'a démontré Villemin, la matière caséuse, à laquelle le processus aboutit, inoculée au cobay, le tuberculise, comme le fait la lésion nodulaire la plus typique. Il est certain, que le bacille de Koch, soit chez

l'homme, soit expérimentalement, est à lui seul capable de déterminer soit des réactions d'alvéolite desquamative ou catarrhale, soit de l'alvéolite fibrineuse. Secondairement, cette réaction fibrino-cellulaire non spécifique, aboutit à la caséification qui est spécifique à la lésion tuberculeuse : c'est une destruction rapide de tout le tissu pulmonaire, sauf quelques fibres élastiques qui permettent de place en place de reconnaître la texture du poumon.

Pendant longtemps on a cru que les processus d'alvéolite ne s'observaient que dans la pneumonie caséuse ou autour des formations nodulaires, il n'en est rien : comme l'avaient déjà montré Tripier, Renon et Gerandel, Bezançon et Letulle, le processus d'alvéolite serait à la base de la plupart des lésions tuberculeuses du poumon et la réaction folliculaire n'est ici qu'au plan secondaire. Tandis que dans la pneumonie caséuse la lésion est diffuse, lobaire, dans les tuberculoses nodulaires, la lésion est limitée, lobulaire ou plurilobulaire. La lésion est double en réalité : broncho-alvéolaire au centre du nodule, elle est conjunctivo-vasculaire à la périphérie où la réaction conjunctive essaie de limiter le processus destructeur situé dans la partie aérienne; des formations folliculaires, siégeant dans la coque fibreuse qui entoure les parties caséuses, sont l'indice de cette réaction (Bezançon).

Ainsi, toute une série d'auteurs, Grancher, Sabourin, Tripier et l'Ecole Lyonnaise, ont mis en évidence l'existence d'un processus pneumonique de la tuberculose chronique, à côté de la pneumonie caséuse et broncho-pneumonie tuberculeuse à allure aiguë et maligne. En particulier, Bezançon et Braun, en 1912, ont montré qu'à côté

de la pneumonie caséuse, rapidement mortelle, il existe des foyers tuberculeux présentant pendant le premier stade de leur évolution, tous les caractères physiques, fonctionnels et généraux de la pneumonie caséuse lobaire, mais qui, au lieu d'aboutir fatalement à la mort, sont susceptibles, après une phase de nécrose plus ou moins étendue, de régression plus ou moins importante et même d'une guérison relative.

Rist et Amenille ont été encore plus affirmatifs. D'après ces auteurs, le début évolutif de la tuberculose chronique est toujours constitué par une poussée pneumonique frappant fréquemment la totalité d'un lobe pulmonaire. Elle peut régresser, en totalité ou presque, dans des cas très rares. Le plus souvent, elle ne régresse qu'en partie. Elle peut, sur toute son étendue, subir elle-même soit l'excavation, soit la sclérose.

Sergent et Durand ont beaucoup insisté sur la fréquence de la limitation scissurale de ces processus.

Rennenbaum parle de la tuberculose exsudative du lobe supérieur droit en insistant sur l'évolution relativement favorable de la pneumonie tuberculeuse localisée à ce lobe.

Léon Bernard et Bethoux décrivent les lobites tuberculeuses.

Dans son ouvrage remarquable sur les aspects radiologiques des scissurites, Dhour, passe en revue des observations très instructives et très concluantes concernant les limitations strictement scissurales des lobites tuberculeuses.

## ANATOMIE PATHOLOGIQUE

---

On découvre à l'autopsie d'une pneumonie caséuse, soit à la base, soit au sommet beaucoup plus rarement au lobe moyen, le plus souvent à droite, un gros foyer d'induration, qui n'est pas nettement lobaire, plutôt pseudo-lobaire par suite de la conglomération d'îlots d'inflammation lobulaire. A la coupe ce foyer est gris jaunâtre, sillonné de stries verdâtres ou noirâtres d'anthracose, qui l'ont fait à juste titre comparer à du fromage de Roquefort et justifiant l'appellation de pneumonie caséuse. La surface de section est nettement plane, sèche, cassante. Nulle part on ne voit de tubercules macroscopiquement visibles. Au microscope, les lésions des pneumonies caséuses sont différentes de celles qui constituent le tubercule typique. Elles ressortissent aux modifications du parenchyme lui-même, bronches et alvéoles, le tissu interstitiel n'y prend qu'une part secondaire. On n'y trouve pas le follicule tuberculeux avec ses cellules géantes et sa couronne de lymphocytes, mais des réactions d'alvéolite comparables à la pneumonie franche fibrineuse aiguë. La lésion du début est en effet une pneumonie alvéolaire, acineuse, lobulaire, exsudative, fibrino-leucocytaire avec une tendance précoce à la caséification. Les éléments

cellulaires meurent ou disparaissent, la fibrine se tasse en une masse rouge brique sale (Ribadeau-Dumas). Les bacilles abondent. Bientôt tout élément cellulaire disparaît, la cavité aérienne est remplie de blocs secs et cassants, amorphes : le processus pneumonique vire à la nécrose caséifiante, mais le squelette alvéolaire est bien visible si l'on a pris soin de colorer les fibres élastiques à l'orcéine. A un degré plus avancé la caséification s'est produite, les alvéoles se tassent et disparaissent, tout le tissu pulmonaire est fondu en un bloc caséeux, y compris le tissu interstitiel et les vaisseaux. Dans la suite, la lésion marche vers la fonte et l'ulcération cavitaire. Toutefois, dans les pneumonies caséeuses, l'évolution est si rapide que les grandes cavernes n'ont pas le temps de se former.

---

## ETIOLOGIE

---

Cette pneumonie caséuse peut s'observer à tous les âges : elle est cependant rare dans l'enfance, et frappe surtout les adultes et les vieillards. Souvent elle est primitive, au moins en apparence. Dans ces cas, elle paraît atteindre surtout des sujets non acclimatés aux grandes villes, sans antécédents de tuberculose. Elle se développe souvent sans cause apparente, mais aussi après certaines maladies infectieuses : rougeole, coqueluche, grippe.

---

## ETUDE CLINIQUE

---

*Début.* — Peut être brusque, brutal par un frisson, un point de côté violent, tout comme dans la pneumonie franche. Il est souvent sourd, insidieux, marqué seulement par de la toux, de la gêne respiratoire, de douleurs thoraciques imprécises et variables. Presque toujours on trouve des signes prémonitoires relevant d'une imprégnation tuberculeuse : anorexie, asthénie, amaigrissement.

*Etat.* — Point de côté peu marqué, souvent disparaît. La dyspnée est très vive et aboutit quelquefois à une asphyxie véritable, à tel point que, ne pouvant la rattacher aux altérations toujours limitées du parenchyme pulmonaire on a invoqué pour l'expliquer l'irritation du pneumogastrique. La toux est pénible, quinteuse, incessante. Elle provoque l'expulsion des crachats mousseux ou muco-purulents, bronchitiques. Mais ces crachats peuvent être rouillés, comme dans la pneumonie, mais le plus souvent ils restent incolores. L'hémoptysie est fréquente, précoce, habituellement peu abondante, mais très souvent répétée.

*Signes physiques.* — Matité de bois, les vibrations vocales ne sont pas toujours augmentées, elles sont quelquefois diminuées. A l'auscultation silence respiratoire. Sou-

vent un souffle tubaire ou tubo-pleural remplace le murmure vésiculaire, dans une zone où éclatent au début quelques râles crépitants, mais surtout des râles sous-crépitahts humides qui, mêlés au souffle, donnent au foyer les allures d'une pseudo-caverne. Les signes généraux sont marqués, la température est à 40° les premiers jours, prend les jours suivants un type irrégulier, avec des oscillations les plus capricieuses. Elle ne tombe pas du 7<sup>e</sup> au 9<sup>e</sup> jour comme dans la pneumonie franche.

L'amaigrissement est progressif et rapide, l'anorexie souvent complète. Sueurs nocturnes très abondantes. Grande asthénie. Le pouls est rapide, faible, hypotendu. Cyanose au moindre effort.

*Evolution.* — Cet état adynamique ne fait que s'accroître progressivement et en trois à quatre semaines le malade succombe, véritablement intoxiqué, sans que le bloc pneumonique ait eu le temps de se creuser de cavernes. Une poussée granulique terminale vient encore souvent hâter la mort. C'est la forme aiguë, encore appelée toxique, de la pneumonie caséuse. Lorsque le processus pneumonique tuberculeux prend une marche subaiguë, l'évolution de la maladie peut durer six semaines à deux mois, mais pas davantage. Le foyer caséux a le temps de s'ulcérer; on assiste alors à la formation de cavernes perceptibles à l'auscultation et la mort survient dans le marasme, avec de la fièvre hectique, de la diarrhée, des œdèmes, tandis que l'expectoration purulente devient abondante et que les hémoptysies sont graves et fréquentes.

*Diagnostic.* — Sera facilité par l'emploi systématique de la radiographie et par la recherche laborieuse des bacilles de Koch. Les données de ces examens s'ajouteront à l'ensemble des signes cliniques que nous venons de passer en revue.

La grosse difficulté est de reconnaître une lobite aiguë tuberculeuse d'une pneumonie à pneumocoque, au moins pendant les premiers jours de la maladie. Le caractère anormal de certains symptômes, la connaissance d'une phase préalable de malaise et d'amaigrissement peuvent certes éveiller quelques soupçons. Mais, en définitive, c'est la suite de l'affection et surtout la découverte de bacilles de Koch dans les crachats qui, seules, permettent de trancher avec certitude. L'erreur est fréquente également au début avec les formes pseudo-lobaires des broncho-pneumonies grippales, avec la classique forme aiguë pneumonique de la gangrène pulmonaire avant que n'apparaisse la fétidité caractéristique, avec certains abcès du poumon même. Dans ces divers cas, les deux essentiels restent l'évolution et l'examen bacilloscopique de l'expectoration, qu'il faut savoir répéter plusieurs fois au besoin. Lorsque la nature tuberculeuse de la pneumopathie a été reconnue, il est, dans la règle, facile de distinguer ces formes aiguës lobaires des autres variétés de tuberculose aiguë, spécialement des broncho-pneumonies caséuses que caractérisent avant tout la diffusion rapide et la bilatéralité de leurs signes cliniques et radiologiques. Un dernier point, d'importance capitale, serait à résoudre : devant une lobite tuberculeuse aiguë, s'agit-il d'une pneumonie caséuse, avec le pronostic inéluctablement fatal qu'un tel diagnostic

comporte, ou bien d'une de ces lobites mixtes susceptibles  
au moins d'une guérison relative ? C'est l'évolution et elle  
seule qui permettra de faire cette distinction. (Mollard et  
Duret. Encyclopédie Médico-Chirurgicale.)

---

## OBSERVATIONS

---

### OBSERVATION N° 1

Monsieur K..., 32 ans, se fait hospitaliser le 30 décembre 1939 pour une dyspnée très marquée, un point de côté droit violent, une toux sèche, température 39°. Quelques semaines auparavant il sentait ses forces diminuer, et a maigri de 15 kilos depuis 2-3 mois. Mais jusque son hospitalisation il n'a pas arrêté de travailler comme manoeuvre. A son entrée à l'hôpital, le point de côté droit était très marqué, la dyspnée pénible, la toux assez fréquente, expectoration banale peu importante. Faciès un peu vultueux.

*A l'examen :* Matité franche de la moitié inférieure de l'hémithorax droit aussi bien en arrière qu'en avant, plus marquée surtout sur la ligne axillaire. Fait curieux : en avant la matité s'arrêtait presque sans transition au niveau de la quatrième côte. Au-dessus, pas de sonorité exagérée. Au niveau de cette zone mate silence respiratoire; quelques râles sous-crépitants en bas et en arrière et très peu au sommet. Rien d'anormal à l'auscultation du poumon gauche. Cœur = tachycardie en rapport avec la fièvre. Foie, rate, abdomen rien à signaler. Reflexes normaux. Radiographie faite le 1<sup>er</sup> février 1940 montre : une opacité homogène, triangulaire, à base médiastinale, à limite supérieure nettement

dessinée, semblant être scissurale, à bord inférieur légèrement oblique en haut et en dehors, peu net, poussant des prolongements vers la coupole diaphragmatique. En dehors de cette opacité triangulaire homogène à pointe axillaire, il existe une autre opacité axillaire, verticale, arquée, à concavité externe, homogène, nettement limitée en dedans, séparée de la paroi thoracique par un peu de clarté se logeant dans la concavité de cet arc. Cette image nous semblait être due à une pachypleurite.

Le lobe supérieur droit et le poumon gauche ont une transparence normale. Il existe cependant, au-dessus du hile droit une saillie symétrique à l'arc aortique, non pulsatile à la radioscopie. Pendant son hospitalisation, le malade continuait à faire de la fièvre avec des grandes oscillations entre 37,5° et 39°, il continue à maigrir. Une analyse de ses crachats faite le 15 février est négative; on refait une nouvelle analyse par l'homogénéisation, qui se révèle également négative. Le tubage gastrique ramène un liquide non bacillifère. Un léger enrrouement fait pratiquer un examen de son larynx avec la réponse suivante : une rougeur des arythénoïdes avec hyperesthésie pharyngée; à surveiller.

Le 9 mars 1940 il fait une hémoptysie très abondante (3 à 4 verres) et meurt.

Il n'y avait aucun antécédent personnel ou familial de pneumopathie avant son hospitalisation.

#### ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Nous avons procédé à l'autopsie. Nous avons noté la présence d'un liquide séro-fibrineux dans la cavité pleurale droite, de faible quantité.

La plèvre droite est modérément épaissie, mais non recouverte de fibrine.

POUMON DROIT. — On note des lésions distinctes suivant les différents lobes :

a) *Le lobe moyen* est occupé par une pneumonie caséuse massive et totale, transformant la totalité du lobe en un bloc caséux homogène, de couleur jaune blanchâtre, englobant vaisseaux et bronches, sans traces de persistance d'une structure pulmonaire normale. Tout ce bloc caséux est strictement et parfaitement limité aux interlobes. En dissociant les scissures, nous avons pu isoler entièrement le lobe moyen caséifié du lobe supérieur et du lobe inférieur, sans avoir entamé la structure de ces deux derniers. La plèvre interlobaire, elle-même, n'était pas atteinte. En un point, cette masse caséuse semble avoir évolué vers le ramollissement, mais on ne note pas de cavité véritable. Dans ces interstices de ramollissement on note une infiltration par du sang.

b) *Lobe inférieur* aspect tout à fait différent. On note des nodules disséminés, d'aspect blanchâtres, peu limités, se fondant vers la moitié externe du lobe en une infiltration plus diffuse et assez dure, prenant l'aspect d'une hépatisation tuberculeuse récente. Dans le reste du lobe non atteint par le processus tuberculeux on observe une infiltration hémorragique massive.

c) *Lobe supérieur.* — L'aspect est encore différent, il y a extrêmement peu de nodules tuberculeux, et on ne note nulle part l'existence d'infiltration d'étendue notable. Une grande partie du parenchyme de ce lobe est encore perméable à l'air, dans quelques segments seulement, on note un infarctisme

ment hémorragique. A noter que les lésions tuberculeuses relativement discrètes du lobe inférieur et surtout celles du lobe supérieur prédominent au voisinage de la plèvre.

**POUMON GAUCHE.** — Relativement peu atteint. Dans la moitié antérieure du lobe supérieur à l'union du 1/3 supérieur et 2/3 inférieurs on note l'existence de deux ou trois gros noyaux tuberculeux durs, blancs, jaunâtres, assez bien limités, manifestement plus anciens que la pneumonie caséeuse droite. Il s'agirait d'une sclérose commençante avec quelques dépôts de charbon. Le reste du lobe ainsi que le lobe inférieur sont très peu atteints : quelques rares nodules, un certain degré d'infarcissement hémorragique beaucoup moins marqué que dans le poumon droit. Il reste encore d'assez nombreux segments de parenchyme pulmonaire perméables à l'air.

Les GANGLIONS DU MÉDIASTIN présentent un aspect remarquable. Ceux de la bifurcation et para-trachéo bronchiques droits volumineux sont ou bien caséifiés en totalité avec un aspect caractéristique en marron d'Inde, ou bien caséifiés sur les 2/3 ou les 3/4 de leurs étendues, les segments non caséifiés étant occupés par une anthracose relativement discrète. Dans quelques-uns de ces ganglions du médiastin caséifiés en totalité ou en partie on découvre, après avoir pratiqué de très nombreuses coupes, des toutes petites calcifications de volume d'une lentille, enchâssées dans un tissu presque totalement nécrosé : le centre est très dur, le pourtour l'est beaucoup moins et on observe ainsi toutes les transitions entre les tissus totalement calcifiés et les tissus totalement caséifiés :

A gauche, les ganglions du hile et les para-trachéo-bronchiques sont d'un aspect bien différent. Leur volume atteint à peine le 1/3 ou le 1/4 des ganglions droits. La caséification

est bien moins étendue, parcellaire et alterné avec des zones d'anthraxose plus marquée qu'à droite. Il y a vraiment une différence saisissante entre ces adénites tuberculeuses très comparables à celles qu'on observe dans la tuberculose chronique de l'adulte et les énormes adénites caséuses droites comparables à celles qu'on observe au cours des tuberculoses malignes de l'enfance et de l'adolescence.

### *Histologie*

Nous avons pratiqué quelques coupes et nous les avons examinées au microscope.

*Le lobe moyen droit* : coloration hémateïne-éosine. Le champ du microscope est occupé par une substance compacte, finement granuleuse, colorée en rouge par l'éosine; toute structure parenchymateuse a disparu, quelques fibres élastiques noirâtres tranchent sur le fond rose. Même aspect dans les segments voisinant les scissures. La caséification est totale.

*Lobe inférieur*, dans la zone d'hépatisation, on note une alvéolite diffuse à énormes macrophages, ayant abouti, en certains points, à la caséification, en d'autres points à un processus de sclérose. La plèvre adjacente est très hyperplasiée et caséifiée en de nombreux points; dans les zones où le processus a vraiment pris un aspect de nécrose caséuse, il faut noter la discrétion de la réaction folliculaire au voisinage.

*Lobe supérieur droit*. — Dans le segment d'infarctissement hémorragique juxta-pleural, de très nombreux alvéoles entièrement remplis de sang, en d'autres points des alvéoles vides, mais distension des capillaires alvéolaires et tendance à la diapédèse. Dans ce segment d'infarctissement hémorra-

gique nous n'avons pas noté des lésions tuberculeuses caractéristiques. Par contre la plèvre sous-jacente est très épaissie, avec des segments contenant de nombreuses cellules géantes.

Au poumon gauche rien à signaler.

*Ganglions* de la bifurcation : caséification absolument massive, assez homogène, pas une seule plage reconnaissable.

*Foie*, dégénérescence massive graisseuse, de nombreux follicules tuberculeux giganto-cellulaires, dont certains en voie de sclérose commençante.

*Rate*, hyperplasie diffuse et turgescence des cellules réticulaires, on ne note pas de follicules tuberculeux.

*Reins*, congestion massive.

---

Résumons toutes ces données anatomo-pathologiques :

*Premièrement* : Nous sommes en présence d'une pneumonie caséuse atteignant la totalité du lobe moyen droit avec une limitation scissurale extrêmement nette et précise.

*Deuxièmement* : Nous avons noté un infarctissement hémorragique diffus du lobe inférieur droit et un peu au poumon gauche. Cet infarctissement pose, comme après toute hémoptysie mortelle, le problème suivant : le sang présent dans les alvéoles était-il la cause même de l'hémoptysie, au cours d'une pneumonie hémorragique brutale ? (Jacob et Broca. Revue de la Tuberculose, mai 1938), ou bien ce sang alvéolaire n'y est qu'à la suite d'une rupture d'un vaisseau et pénétré secondairement dans l'alvéole ? Cette question sort du cadre du sujet auquel nous consacrons cet opuscule.

*Troisièmement* : La caséification massive des ganglions

de la bifurcation et para-trachéo-bronchiques droits devait faire penser immédiatement qu'il s'agissait dans notre cas d'une primo-infection maligne; mais une recherche minutieuse nous permit de trouver une calcification dont l'existence témoigne d'une atteinte tuberculeuse beaucoup plus antérieure à tout ce qu'on a pu trouver d'évolutif dans les deux poumons.

Nous dirons : c'est un cas de réinfection de l'adulte qui du fait de sa malignité a atteint les ganglions d'une manière massive tout comme s'il s'agissait d'une primo-infection.

---

## CONCLUSIONS

---

1° La prise totale et massive d'un lobe pulmonaire, ayant conservé intacte sa limitation scissurale, est un fait connu à l'heure actuelle. L'emploi systématique de la radioscopie, de la radiographie et les examens anatomo-pathologiques ont beaucoup contribué à cette connaissance.

Il est cependant très rare de voir cette localisation totale et massive du processus pneumonique tuberculeux se faire avec autant de précision au niveau du lobe moyen. Notre observation prend de ce fait toute sa valeur.

2° La présence d'une ombre radiologique rappelant une topographie lobaire doit nous inciter à multiplier les examens de laboratoire pour rechercher l'existence possible des bacilles de Koch.

3° L'infarcissement hémorragique des lobes non caséifiés mis en relation avec l'hémoptysie mortelle, pose un problème de cause à effet.

4° L'existence d'une calcification ganglionnaire à côté des ganglions totalement caséifiés, prouve que dans notre observation, la pneumonie caséreuse mortelle chez un homme de 32 ans, n'était pas un cas de primo-infection, mais qu'il s'agissait probablement d'une réinfection.

## SERMENT

*En présence des maîtres de cette école, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.*

*Je donnerai mes soins à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.*

*Reconnaissant envers mes maîtres, je tiendrai leurs enfants et ceux de mes confrères pour des frères, et s'ils devaient apprendre la médecine où recourir à mes soins, je les instruirai et les soignerai sans salaire ni engagement.*

*Si je remplis ce serment sans l'enfreindre qu'il me soit donné de jouir heureusement de la vie et de ma profession, honoré à jamais parmi les hommes si je le viole et que je me parjure, puissè-je avoir un sort contraire.*

**Vu :**  
*Le Doyen,*

*Le Président*  
TROISIÈME

**Vu et permis d'imprimer :**  
*Le Recteur de l'Académie de Paris,*  
G. ROUSSY

## BIBLIOGRAPHIE

---

- AMEUILLE et GALLY. — *Appréciation du volume des lésions pulmonaires par les procédés radiologiques.* — Société Médicale des Hôpitaux, 9 mars 1923.
- AMEUILLE, CANNETTI et BELNI. — *Les calcifications ganglionnaires au cours de la tuberculose maligne.* — Société Médicale des Hôpitaux, mai 1938.
- BAREL. — *Formes cliniques de la tuberculose pulmonaire,* 1901.
- BECLÈRE. — *L'examen radioscopique des plèvres interlobaires.* — *Presse Médicale*, 1902.
- LÉON BERNARD et BETHOUX. — *La lobite supérieure droite.* — *Revue de la Tuberculose*, 1923.
- BEZANÇON et SERBONNES. — *Superinfection tuberculeuse expérimentale du cobaye.* — *Annales de Médecine*, février 1914.
- BEZANÇON et CHEVALLEY. — *Associations microbiennes dans la tuberculose pulmonaire.* — Congrès de la Tuberculose, Strasbourg 1923.
- BEZANÇON. — *Traité de Médecine. Appareil respiratoire.*
- BRAUN. — *Formes cliniques et pathogénie des foyers pneumoniques tuberculeux.* — Thèse de Paris, 1911.
- DE ABREU. — *Radio-diagnostic dans la tuberculose pulmonaire.*

- DEVÉ. — *Un cas de pneumonie tuberculeuse terminé par la guérison.* — *Normandie Médicale*, 1910.
- DHOUR. — *Aspects radiologiques des scissurites*, Lille 1938.
- GIRAUD et SEDAD. — *Conceptions allemandes sur la tuberculose.* — *Revue de la tuberculose* 1924.
- ORSAT. — *Le processus pneumonique dans la tuberculose pulmonaire.* — Thèse de Lyon, 1912.
- PERRONNET. — *Unilatéralité de la tuberculose pulmonaire chronique. Sa rareté anatomique.*
- PIGNET et GIRAUD. — *La tuberculose pneumonique.* — *Revue de la Suisse Romande*, avril 1923.
- RENNEBAUM. — *Beitrag zur Entwicklung und dem Verlauf der exsudativ-pneumonischen Lungentuberkulose im rechten Lungenoberlappen.* — *Beitrag zur Klinik der Tuberkulose*, mars 1923, p. 309.
- RAMOND. — *Leçons de clinique.*
- RENON et GERANDEL. — *Origine pneumonique inflammatoire des lésions nodulaires de la tuberculose pulmonaire.* — Société de Biologie, 1913-1914.
- RIST et AMENILLE. — *Déformation de la scissure interlobaire dans la tuberculose pulmonaire.* — Société Médicale des Hôpitaux, 25 novembre 1921.
- SANTE. — *Pneumonie lobaire tuberculeuse.* — *Amer. J. of Ræntgenology*, janvier 1929.
- RIEL. — *La pneumonie tuberculeuse lobaire.* — Thèse de Lyon, 1888.
- SERGEANT. — *Traité de Médecine.*
- SERGEANT et DURAND. — *Scissurites et péri-scissurites.* — *Bulletin Médical*, 1923.
- SERGEANT et DURAND. — *La limitation scissurale des processus*

*pneumoniques tuberculeux.* — *Paris Médical*, janvier 1924.

SERGENT et DURAND. — *La démarcation scissurale* — Société de la Tuberculose, novembre 1923.

TRIPPIER. — *Du processus pneumonique dans la tuberculose pulmonaire.*

---





